



**ANA JÉSSICA
LOPES SIMÃO**

**INDIVÍDUOS COM LESÃO VERTEBRO-MEDULAR
EM REABILITAÇÃO: ESTUDO DO SUPORTE
SOCIAL, *COPING* E QUALIDADE DE VIDA**



Universidade de Aveiro Departamento de Educação e Psicologia
2016

**ANA JÉSSICA
LOPES SIMÃO**

**INDIVÍDUOS COM LESÃO VERTEBRO-MEDULAR EM
REABILITAÇÃO: ESTUDO DO SUPORTE SOCIAL,
COPING E QUALIDADE DE VIDA**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica da Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira, Professora Associada com Agregação do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

Antoine de Saint-Exupéry

o júri

presidente

Professora Doutora Sara Otília Marques Monteiro
Professora Auxiliar Convidada, Universidade de Aveiro

Professora Doutora Cláudia Margarida Correia Balula Chaves
Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu

Professora Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira
Professora Associada com Agregação, Universidade de Aveiro

agradecimentos

À Professora Doutora Anabela Pereira, orientadora científica desta dissertação, o meu profundo agradecimento pela sua disponibilidade, partilha de conhecimentos e apoio científico.

Ao Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais e à sua equipa multidisciplinar pela compreensão e apoio infindavelmente disponibilizado. Particularmente ao Dr. Jorge Laíns, à Dr.^a Sandra Costa e à Dr.^a Ana Gabriel Marques pela incansável disponibilidade e interesse evidenciados por esta investigação.

Aos utentes do supramencionado centro, a quem estarei incessantemente grata, pela sua disponibilidade em participar e contribuir para esta investigação.

Aos meus amigos e colegas de curso, obrigada pelos incentivos e por me acompanharem durante esta etapa. Agradeço em especial à Joana Mendes e à Sandra Silva pela amizade, paciência e apoio incondicional.

À minha família, principalmente aos meus pais, por me terem motivado e ajudado a chegar onde estou hoje.

palavras-chave

Lesão vertebro-medular, suporte social, *coping*, qualidade de vida, reabilitação, adaptação psicológica

resumo

De entre as várias formas de incapacidade que podem atingir o ser humano, a lesão vertebro-medular (LVM) é sem dúvida uma das mais devastadoras. Este tipo de lesão é um acontecimento disruptivo na vida do indivíduo, acarreta mudanças significativas e uma adaptação biopsicossocial. A literatura tem demonstrado que tanto o suporte social, o *coping* como a qualidade de vida são variáveis que podem influenciar positivamente a adaptação psicológica, tornando-a mais eficaz. Sendo evidente a pertinência, a relevância e os reduzidos estudos em contexto nacional a respeito desta temática, o presente estudo pretende contribuir para um maior aprofundamento sobre as variáveis psicológicas (suporte social, *coping* e qualidade de vida) na LVM, em indivíduos portadores deste tipo de lesão. A amostra foi constituída por 36 lesionados vertebro-medulares, de idades entre os 20 e os 82 anos ($M=53.56$, $DP=18.27$), em regime de internamento no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais. Foi aplicado um protocolo de avaliação que engloba a Medida de Independência Funcional, a Escala de Satisfação com o Suporte Social, o *Brief COPE* e a Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF). Podemos mencionar que os indivíduos do presente estudo aparentam uma adaptação psicológica eficaz à sua condição clínica e que, parecem ser bons indicadores da adaptação psicológica a maior perceção do suporte social, uso de estratégias de *coping* mais adaptativas e uma maior perceção da qualidade de vida. Em conclusão, a presente investigação é inovadora em Portugal e permite aos profissionais de saúde, familiares e sociedade em geral, adquirir preciosos conhecimentos relativos à melhor forma de apoiar, minimizar as necessidades, facilitar o processo de adaptação à condição clínica, contribuindo assim para a melhor qualidade de vida da população de indivíduos portadores de LVM.

keywords

Spinal cord injury, social support, coping, quality of life, rehabilitation, psychological adaptation

abstract

Among the various forms of disability that can attain the human being, the spinal cord injury (SCI) is undoubtedly one of the most devastating. This type of injury is a disruptive event in the life of the individual, leading to significant changes and a biopsychosocial adaptation. The literature has shown that both social support, coping and quality of life are variables that can positively influence the psychological adaptation, making it more effective. Being obvious the pertinence, relevance and reduced studies in the national context regarding this issue, the present study aims to contribute to a deeper understanding of the psychological variables (social support, coping and quality of life) in SCI, in subjects with this type of injury. The sample consisted of 36 individuals with spinal cord injury, aged between 20 and 82 years ($M=53.56$, $SD=18.27$), in inpatient at the Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais. It was applied an evaluation protocol which includes the Functional Independence Measure, the Satisfaction Scale with Social Support, the *Brief* COPE and the Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF). One can say that the subjects of this study seem to be effectively psychological adapted to their clinical condition, as well as being good indicators of psychological adaptation to higher perception of social support, the use of more adaptive coping strategies and a greater perception of quality of life. In conclusion, this research is innovative in Portugal and allows health professionals, family and society in general, to acquire valuable knowledge on the best way to support, minimize the needs, facilitate the adaptation process to the clinical condition, thus contributing to the better quality of life of the population of individuals with SCI.

Índice

Introdução	1
Método	5
Participantes	5
Instrumentos	7
Procedimento	9
Análise de Dados	10
Resultados	10
Suporte Social	10
<i>Coping</i>	12
Qualidade de Vida	13
Discussão	13
Referências	20
Anexos	28

Lista de Siglas

AEMR	Académie Européenne de Médecine de Réadaptation
CMRRC-RP	Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais
ESSS	Escala de Satisfação com o Suporte Social
LVM	Lesão Vertebro-Medular
MIF	Medida de Independência Funcional
UEMS	Union Européenne des Médecins Spécialistes
WHO	World Health Organization/Organização Mundial de Saúde
WHOQOL- BREF	World Health Organization Quality of Life-Bref/Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (versão reduzida)

Índice de Tabelas

Tabela 1	6
Distribuição das profissões da amostra segundo a Classificação Portuguesa de Profissões	
 Tabela 2	 16
Comparação dos valores obtidos no WHOQOL-BREF, entre a amostra de utentes portadores de uma LVM, em regime de internamento, no presente estudo e a amostra portuguesa do estudo de validação	

Índice de Figuras

Figura 1	12
Média das estratégias de <i>coping</i> utilizadas pela amostra do presente estudo	

Introdução

A lesão vertebro-medular (LVM) é uma condição clínica com diversas manifestações incapacitantes e permanentes, decorrentes da perda de funcionalidade parcial ou total da medula espinal (Fechio, Pacheco, Kaihami, & Alves, 2009). De entre as várias formas de incapacidade que podem atingir o ser humano, a LVM é sem dúvida uma das mais devastadoras (Chen & Boore, 2007). O surgimento de uma LVM conduz a uma alteração significativa na vida do indivíduo, acarretando uma série de consequências biopsicossociais (Geyh, Kunz, Müller, & Peter, 2016; Gill, 1999; Kennedy, 1998; Livneh & Martz, 2014). As consequências provenientes deste tipo de lesão interferem na qualidade de vida e na capacidade funcional dos indivíduos, sendo comum a dependência de cuidados de terceiros, assim como a existência de limitações que se prolongam por toda a vida (Oliveira, 2010). Complicações como alterações sensório-motoras, disfunção sexual, dor, espasmos musculares, fadiga, úlceras de pressão, osteoporose, problemas intestinais e vesicais podem também ocorrer (Babamohamadi, Negarandeh, & Dehghan-Nayeri, 2011; Geyh et al., 2016; Kennedy, 1998; Ruiz & Díaz, 2003).

As LVM podem classificar-se segundo o nível funcional, a extensão e o nível neurológico da lesão (Maynard et al., 1997). Relativamente ao nível funcional este tipo de lesões dividem-se em paraplegia e tetraplegia. A paraplegia refere-se à diminuição ou perda da função motora e/ou sensorial nos segmentos torácicos, lombares ou sacro da medula espinal, podendo comprometer o tronco, os órgãos pélvicos e os membros inferiores, dependendo do nível da lesão. A tetraplegia refere-se à diminuição ou perda da função motora e/ou sensorial nos segmentos cervicais da medula espinal, comprometendo o tronco, os órgãos pélvicos, os membros superiores e inferiores (Maynard et al., 1997). No que diz respeito à extensão da lesão, uma LVM é completa quando há ausência da função motora e sensorial abaixo da área lesada e incompleta quando existe alguma preservação da função motora e/ou sensorial. Já o nível neurológico da lesão refere-se ao segmento mais caudal da medula espinal com função sensorial e motora conservada em ambos os lados do corpo (Maynard et al., 1997). Etiologicamente, as LVM, podem ser divididas em lesões traumáticas e não traumáticas. As lesões traumáticas são as mais frequentes (Defino, 1999; Faria, 2006) e resultam de eventos onde há um impacto de grande velocidade (e.g., acidentes de viação, quedas, acidentes de mergulho, ferimentos por arma de fogo). Em contrapartida, as lesões não traumáticas são consequentes de uma

patologia, como por exemplo disfunções vasculares, doença articular degenerativa, neoplasias, doenças neurológicas entre outras (Faria, 2006; Oliveira, 2001).

As incapacidades decorrentes deste tipo de lesão obrigam a uma institucionalização, proporcionando o contexto de reabilitação um ambiente de grande apoio padronizado que ajuda indivíduos diagnosticados com LVM a familiarizarem-se com a incapacidade adquirida (Lude, Kennedy, Elfström, & Ballert, 2014).

Segundo a World Health Organization (WHO), a reabilitação é definida como “uso de todos os meios necessários para reduzir o impacto das situações incapacitantes e permitir aos indivíduos incapacitados a obtenção de uma completa integração social” (Union Européenne des Médecins Spécialistes e a Académie Européenne de Médecine de Réadaptation [UEMS & AEMR], 2009, p.18). O Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação, no contexto da saúde, define a reabilitação como “um processo dinâmico pelo qual o indivíduo que sofreu incapacidade adquire o conhecimento e as competências técnicas necessárias para uma função física, psicológica e social, otimizada” (UEMS & AEMR, 2009, p.18). O processo de reabilitação após a lesão tem então como objetivo principal, a reintegração do indivíduo na comunidade. Assim como, melhorar a adaptação à nova condição clínica, promover uma maior autonomia pessoal, potenciando a sua funcionalidade e preparando-o a si e aos seus familiares/cuidadores, a tirar o máximo partido das oportunidades disponíveis (Oliveira, 2001; UEMS & AEMR, 2009; WHO, 2006). O programa de reabilitação deve assim contemplar os recursos do indivíduo, a natureza das suas dificuldades e o prognóstico médico-funcional, bem como a capacidade para adquirir novas técnicas e conhecimentos, que permitam potenciar os seus níveis de atividade (UEMS & AEMR, 2009).

Sendo a adaptação psicológica um dos principais objetivos da reabilitação, esta é concebida como um processo individual, onde existem múltiplos fatores que a facilitam ou dificultam (Ferreira & Guerra, 2014). No caso concreto da LVM, esta pode ser definida como a resposta adaptativa do indivíduo à lesão, alterando o comportamento, pensamento e circunstâncias em relação aos fatores associados à lesão e incapacidade, para obter uma qualidade de vida satisfatória (Middleton & Craig, 2008). A literatura tem demonstrado que tanto o suporte social, o *coping* como a qualidade de vida são variáveis que podem influenciar positivamente a adaptação psicológica, tornando-a mais eficaz (Livneh & Martz, 2014; Martins, 2008; Moos & Schaefer, 1986; Murta & Guimarães, 2007; Ruiz &

Díaz, 2003; Song & Nam, 2010; Thompson, Coker, Krause, & Henry, 2003; Tramonti, Gerini, & Stampacchia, 2015).

Suporte Social

O suporte social pode ser definido como um fenómeno observável e perceptível em que o indivíduo acredita que é amado, cuidado, estimado e que pertence a uma rede de comunicação e obrigações mútuas (Cobb, 1976). Rees, Smith e Sparkes (2003) salientam a importância de se abordar o suporte social como um constructo multidimensional, havendo diferentes definições de tipos de suporte social mencionados por diferentes autores (Valente, 2011).

Existem diversos estudos que demonstram que o suporte social pode facilitar o controlo da doença, das emoções, favorecer a adaptação psicológica, a saúde, a qualidade de vida e a satisfação com a vida (Martins, 2008; Müller, Peter, Cieza, & Geyh, 2012; Oliveira, 2001; Tramonti et al., 2015). Assim, a perceção do suporte social é essencial na reabilitação e adaptação à LVM (Gill, 1999; Livneh & Martz, 2014; Murta & Guimarães, 2007; North, 1999; O'Hare, Wallis, & Murphy, 2011), visto que pode funcionar como um mecanismo amortecedor perante situações *stressantes* (e.g., uma LVM), tornando-as de algum modo mais toleráveis e suportáveis, protegendo assim o indivíduo de potenciais efeitos patológicos (Oliveira, 2001).

Lamber (1992, citado por Oliveira, 2000) propõe quatro formas através das quais o suporte social pode influenciar os estados de saúde dos indivíduos, designadamente, promover apoio direto ao indivíduo, aconselhar a procura de cuidados médicos apropriados à sua condição, facilitar modelos de identificação comportamentais acerca de atitudes saudáveis e evitar comportamentos de risco, bem como desenvolver interações psicossociais.

Os indivíduos com elevado nível de incapacidade adquirida, apesar de estarem frequentemente limitados nos seus contactos sociais comparativamente com outros grupos, não mostram diferenças significativas em relação a outros aspetos do suporte e da própria estrutura das redes sociais (Morgan, Patrick, & Charlton, 1984). Contudo, os indivíduos que sofreram uma LVM apresentam uma rede de contactos sociais consideravelmente mais restrita, quando comparada com a população sem incapacidade adquirida (Schulz & Rau, 1985).

Coping

Segundo Lazarus e Folkman (1984, p.141), o *coping* é definido como “esforços comportamentais e cognitivos em constante mudança de modo a gerir as exigências específicas, externas e/ou internas, que são avaliadas como desgastantes ou que excedem os recursos do indivíduo”. O processo de *coping* implica observações, cognições e comportamentos, variando consoante os recursos físicos, psicológicos, materiais e sociais que o indivíduo possui no momento (Lazarus & Folkman, 1984).

Os mecanismos de *coping* têm-se tornado um foco de interesse no que concerne aos estudos acerca da adaptação dos seres humanos a situações de crises extremas e o surpreendente é que se constata que muitas pessoas enfrentam as crises de forma eficaz, em vez de desenvolverem sintomas psicopatológicos (Moos & Schaefer, 1986).

A existência de uma LVM é um evento altamente perturbador na vida de um indivíduo (Lude et al., 2014), tendo o *coping* um papel essencial no processo de adaptação a esta nova condição clínica (Song & Nam, 2010).

De acordo com a literatura, a aceitação, a reinterpretação positiva, o *coping* ativo, o planeamento e o suporte emocional social são das estratégias de *coping* mais utilizadas por indivíduos portadores de uma LVM (Geyh et al., 2016; Kennedy et al., 2000; Kennedy, Lude, & Taylor, 2006; Pollard & Kennedy, 2007; Song & Nam, 2010). Em contrapartida, o desinvestimento comportamental, a negação e o uso de substâncias são algumas estratégias de *coping* menos utilizadas por esta população (Geyh et al., 2016; Kennedy et al., 2000; Pollard & Kennedy, 2007). Diversos autores mencionam que os indivíduos após uma LVM utilizam mais frequentemente estratégias de *coping* adaptativas, em vez de estratégias não adaptativas (Kennedy et al., 2000; Livneh & Martz, 2014).

Qualidade de Vida

Segundo a WHO (1997), a qualidade de vida é definida como a perceção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo que é influenciado pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente.

As consequências decorrentes de uma LVM são realidades presentes na vida dos indivíduos portadores deste tipo de lesão e podem interferir na sua qualidade de vida (Bampi, Guilhem, & Lima, 2008; Lude et al., 2014; Tulskey et al., 2015).

Os primeiros trabalhos de investigação relativos à qualidade de vida em indivíduos portadores de LVM, foram da autoria de Crewe (1980), tendo constatado que estes indivíduos percecionavam uma satisfação inferior à da população geral, principalmente nas áreas da saúde, sexualidade e relações sociais. Diversas investigações demonstram consensualidade na diminuição da qualidade de vida nesta população, apesar de indicarem índices de bem-estar subjetivo satisfatórios (Dijkers, 1997; Ferreira & Guerra, 2014).

Embora a deficiência seja irreversível e tenha implicações na qualidade de vida, existem vários fatores pessoais e sociais que podem influenciar a vida destes indivíduos positiva ou negativamente. Assim, é possível viver numa condição crónica de saúde e manter a satisfação com a vida (Albrecht & Devlieger, 1999; Kennedy, 1998; Migliorini & Tongue, 2009).

Sendo evidente a pertinência, a relevância e os reduzidos estudos em contexto nacional a respeito desta temática, o presente estudo pretende contribuir para um maior aprofundamento sobre as variáveis psicológicas (suporte social, *coping* e qualidade de vida) na LVM, em indivíduos portadores deste tipo de lesão em regime de internamento. Especificamente, pretendemos investigar possíveis diferenças quanto aos dados sociodemográficos e clínicos relativamente às variáveis psicológicas em questão.

Método

Participantes

A presente investigação tem como amostra uma população clínica de 36 indivíduos, com diagnóstico de LVM, em regime de internamento no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais (CMRRC-RP).

Os critérios de exclusão utilizados foram idade inferior a 18 anos e alterações cognitivas que viesassem as capacidades de compreensão e resposta aos instrumentos de avaliação psicológica aplicados, estando estes critérios em consonância com os de peritos na área (Hampton, 2000; Krause & Dawis, 1992; Pollard & Kennedy, 2007).

O período de recolha dos dados teve uma duração média de três meses.

Quanto à amostra, 23 participantes são do sexo masculino (63.9%) e 13 são do sexo feminino (36.1%). As idades dos participantes situam-se entre os 20 e os 82 anos, com uma média de 53.56 anos (DP=18.27). *[Estamos conscientes desta variabilidade e do que lhe está inerente. Porém, achamos ser de elevada utilidade a integração de todos os indivíduos]*.

Relativamente ao estado civil, 22 dos indivíduos encontram-se casados/união de facto (61.1%), oito estão solteiros (22.2%), cinco viúvos (13.9%) e um divorciado/separado (2.8%).

No que concerne às habilitações literárias, 12 indivíduos (33.3%) completaram o 4.º ano de escolaridade, três (8.3%) o 6.º ano de escolaridade, 12 (33.3%) o 9.º ano de escolaridade, três (8.3%) o 12.º ano de escolaridade e seis (16.7%) o ensino superior.

Foi realizada a distribuição das profissões da amostra do presente estudo, de acordo com a Classificação Portuguesa de Profissões (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011) que se encontra apresentada na Tabela 1.

Tabela 1

Distribuição das Profissões da Amostra Segundo a Classificação Portuguesa de Profissões

	Frequência	Percentagem (%)
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	4	11.1
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	4	11.1
Técnicos e profissões de nível intermédio	2	5.6
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	1	2.8
Outros	25	69.4
Total	36	100.0

Nota. Na categoria “Outros” estão incluídos os indivíduos estudantes, reformados e reformados por invalidez.

Em relação ao nível funcional da lesão, a amostra é constituída por 24 indivíduos portadores de paraplegia (66.7%) e 12 portadores de tetraplegia (33.3%). Por sua vez, 10 participantes apresentaram uma extensão da lesão completa (27.8%) e 26 uma extensão da lesão incompleta (72.2%). Quanto à etiologia da lesão, 19 indivíduos foram diagnosticados com causa não-traumática (52.8%) e 17 com causa traumática (47.2%).

As idades dos participantes aquando da lesão situam-se entre os 13 e os 80 anos, com uma média de 50.25 anos (DP=19.87). O tempo de reabilitação total variou entre 1 e 432 semanas, com uma duração média de 54.78 semanas. Enquanto o tempo de reabilitação no CMRRC-RP variou entre 1 e 96 semanas, com uma duração média de 18.47 semanas.

A Medida de Independência Funcional (MIF) aplicada à amostra, varia entre 48 e 123 pontos, situando-se a média nos 82.33 pontos (DP=21.33).

Do total da amostra, 17 participantes (47.2%) efetuam idas ao domicílio no fim de semana.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico e Clínico: Questionário construído especificamente para esta investigação (Anexo D). Permite recolher informações sobre variáveis sociodemográficas como o género, idade, estado civil, habilitações literárias e profissão anterior à lesão. O questionário aborda, igualmente, o nível funcional, a extensão e a etiologia da lesão, a idade do sujeito aquando da lesão, o tempo de reabilitação total, o tempo de reabilitação no CMRRC-RP, a independência funcional do participante no início do internamento e a ida dos indivíduos ao domicílio no fim de semana. O valor da MIF e as informações clínicas relacionadas com a lesão foram obtidas através da consulta dos processos clínicos, após o consentimento dos participantes.

Medida de Independência Funcional (MIF): A MIF (Anexo E), é a versão portuguesa da *Adult Functional Independence Measure, Guide for the Uniform Data System for Medical Rehabilitation* (Keith, Granger, Hamilton, & Sherwin, 1987; Laíns, 1991).

Este instrumento de avaliação é um indicador de base da severidade da incapacidade e foca-se na realização das atividades de vida diárias de forma independente. Foi desenvolvido para o acompanhamento de indivíduos que se encontrem em processo de reabilitação, avaliando o seu desempenho em 18 tarefas. Cada um dos 18 itens (tarefas) são classificados numa escala de 1 (*dependência total*) a 7 (*independência total*) pontos, que representam os níveis de dependência. A cotação total pode variar entre 18 e 126 pontos. A MIF apresenta as seguintes subescalas: autocuidados, controlo esfinteriano, mobilidade/transferências, locomoção, comunicação e cognição social (Laíns, 1991; Maynard et al., 1997).

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS): A ESSS (Anexo F) foi desenvolvida e validada por Pais-Ribeiro (1999) e permite identificar quatro dimensões: satisfação com amigos/amizades (SA, cinco itens), intimidade (I, quatro itens), satisfação com a família (SF, três itens) e atividades sociais (AS, três itens). A ESSS é composta por 15 itens, nos quais o sujeito deve, numa escala de tipo *Likert* com cinco opções de resposta (de *concordo totalmente* a *discordo totalmente*), selecionar aquela que mais se adequa.

A pontuação para a escala total pode variar entre 15 e 75 pontos, sendo que à pontuação mais alta corresponde uma perceção de maior suporte social. Contudo, as pontuações mínimas e máximas por dimensão são diferentes, visto que o número de itens varia em cada dimensão (Pais-Ribeiro, 2011).

Esta escala apresenta um valor de consistência interna de .85 (*alfa de Cronbach*) e mostra-se fiel e válida para a população portuguesa (Pais-Ribeiro, 2011). Foi já utilizada em vários estudos com populações clínicas portuguesas (Pais-Ribeiro & Guterres, 2001).

Brief COPE: O *Brief COPE* (Anexo G) foi desenvolvido por Carver (1997) e adaptado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004). Este instrumento tem como objetivo avaliar estilos e estratégias de *coping* e foi desenvolvido com base no modelo de *coping* de Lazarus e Folkman (1984). O questionário é precedido de instruções em que se solicita ao indivíduo para qualificar a sua forma de agir quando se encontra perante uma situação de *stress* ou um problema da sua vida (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Este instrumento é constituído por 28 itens (dois por cada escala) e 14 escalas (*coping* ativo, planeamento, uso de suporte instrumental, uso de suporte social emocional, religião, reinterpretação positiva, autoculpabilização, aceitação, expressão de sentimentos, negação, autodistração, desinvestimento comportamental, uso de substâncias e humor). As repostas são dadas numa escala de tipo *Likert* de 0 (*nunca faço isto*) a 3 (*faço sempre isto*). O resultado final é apresentado como um perfil, não havendo uma pontuação total nem a soma das escalas. A cotação é feita por cada escala, havendo assim uma diferenciação das estratégias de *coping* utilizadas. Por exemplo, pontuações mais elevadas revelam as estratégias de *coping* mais usadas pelo indivíduo (considerando que 0 é *menos utilizada* e 6 *mais utilizada*).

A versão portuguesa apresenta características idênticas à escala original, confirmando a distribuição de itens pelas escalas a que pertencem. No que concerne à

consistência interna das escalas, esta é satisfatória e muito similar à versão original, sendo que apenas três escalas apresentaram valores de *alfa de Cronbach* inferiores a .70 (*coping* activo, autculpabilização e aceitação) (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF): A Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (versão reduzida) (Anexo H) foi traduzida e validada para a população portuguesa por Vaz Serra e colaboradores (2006).

Este questionário é composto por 26 itens numa escala de tipo *Likert* (1 a 5). Este instrumento avalia quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente) e inclui dois itens que avaliam a qualidade de vida geral (faceta geral). A pontuação pode ser apresentada sob a forma de percentagem e a qualidade de vida do indivíduo é tanto mais elevada quanto maior for a pontuação (Vaz Serra et al., 2006).

Para a versão portuguesa, os estudos psicométricos demonstraram que o WHOQOL-BREF apresenta boas características em termos de consistência interna (*alfa de Cronbach* de .92), validade discriminante, validade de conteúdo e estabilidade teste reteste, tornando-o num bom instrumento para avaliar a qualidade de vida em Portugal (Vaz Serra et al., 2006).

Procedimento

Com as respetivas autorizações do Conselho de Administração (Anexo A) e da Comissão de Ética para a Saúde do CMRRC-RP (Anexo B), a recolha de dados foi realizada após todos os participantes terem sido informados dos objetivos da investigação, de terem dado o seu consentimento para a participação na mesma, tendo-lhes sido garantido o anonimato, a confidencialidade dos dados recolhidos e a possibilidade de acederem aos resultados (Anexo C). As informações clínicas relacionadas com a lesão e o valor da MIF foram obtidos através da consulta dos processos clínicos, após o consentimento dos participantes.

A solicitação da autorização, através de correio eletrónico, aos autores dos instrumentos de avaliação psicológica utilizados no decorrer da investigação foi também efetuada (Anexo I).

O protocolo foi realizado através de entrevistas estruturadas, de modo a permitir uma aplicação *standard* a todos os participantes, independentemente das limitações motoras que

estes pudessem, ou não, apresentar. A aplicação dos questionários foi efetuada em local escolhido para o efeito e garantida a privacidade aos indivíduos bem como, a possibilidade de esclarecimento de dúvidas acerca do seu conteúdo ou de desistirem em qualquer momento da entrevista.

Análise de Dados

A análise estatística dos dados recolhidos foi realizada com recurso ao *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS, versão 20.0 para o sistema operativo *Windows*). Foram usadas estatísticas descritivas para caracterizar a amostra e os instrumentos de avaliação psicológica aplicados. Após ser estudada a normalidade da amostra, verificou-se que esta difere significativamente da distribuição normal. Dado isso, optou-se pela realização de estatística não-paramétrica, onde foi aplicado o teste de *Mann-Whitney* para amostras independentes.

Resultados

Inicialmente será apresentada a análise descritiva dos dados, de modo a caracterizar as variáveis estudadas, sendo de seguida, apresentada a análise inferencial com as comparações de médias entre as variáveis estudadas na presente investigação.

Suporte Social

No que concerne ao suporte social, a subescala que revelou uma pontuação média mais elevada foi a satisfação com amigos/amizades ($M=20.44$, $DP=3.20$), seguida da intimidade ($M=15.22$, $DP=3.54$), satisfação com a família ($M=12.31$, $DP=3.08$) e por fim as atividades sociais ($M=9.03$, $DP=3.09$). Tendo a ESSS apresentado uma pontuação média total de 57.00 pontos ($DP=9.48$).

No presente estudo, a perceção do suporte social foi maior nos indivíduos portadores de uma lesão não traumática ($Mdn=62.00$, $DP=7.92$) do que nos indivíduos portadores de uma lesão traumática ($Mdn=56.00$, $DP=10.20$). Um teste de *Mann-Whitney* para amostras independentes mostrou que a diferença entre condições era estatisticamente significativa ($U=92.00$, $Z=-2.21$, $p=.028$, $r=-0.37$).

A perceção do suporte social foi também maior nos indivíduos portadores de uma lesão incompleta ($Mdn=59.50$, $DP=7.33$) do que nos indivíduos portadores de uma lesão completa ($Mdn=55.50$, $DP=11.88$). Um teste de *Mann-Whitney* para amostras

independentes mostrou que a diferença entre condições era estatisticamente significativa ($U=70.00$, $Z=-2.12$, $p=.034$, $r=-0.35$).

Relativamente à percepção da satisfação com amigos/amizades, esta foi maior nos indivíduos portadores de uma lesão não traumática ($Mdn=22.00$, $DP=2.65$) do que nos indivíduos portadores de uma lesão traumática ($Mdn=20.00$, $DP=3.44$). Um teste de *Mann-Whitney* para amostras independentes mostrou que a diferença entre condições era estatisticamente significativa ($U=97.50$, $Z=-2.04$, $p=.042$, $r=-0.34$).

A percepção da satisfação com amigos/amizades foi também maior nos indivíduos portadores de uma lesão incompleta ($Mdn=22.00$, $DP=2.53$) do que nos indivíduos portadores de uma lesão completa ($Mdn=19.00$, $DP=3.95$). Um teste de *Mann-Whitney* para amostras independentes mostrou que a diferença entre condições era estatisticamente significativa ($U=69.50$, $Z=-2.15$, $p=.031$, $r=-0.36$).

Quanto à percepção da satisfação com a família, verificou-se que esta foi maior nos indivíduos mais velhos ($Mdn=14.00$, $DP=1.85$) do que nos indivíduos com idades mais jovens ($Mdn=12.00$, $DP=3.72$). Um teste de *Mann-Whitney* para amostras independentes mostrou que a diferença entre condições era estatisticamente significativa ($U=79.50$, $Z=-2.61$, $p=.009$, $r=-0.44$).

A percepção da satisfação com a família foi também maior nos indivíduos que sofreram a lesão em idades mais avançadas ($Mdn=14.00$, $DP=1.81$) do que nos indivíduos que sofreram a lesão em idades mais jovens ($Mdn=12.00$, $DP=3.81$). Um teste de *Mann-Whitney* para amostras independentes mostrou que a diferença entre condições era estatisticamente significativa ($U=78.50$, $Z=-2.58$, $p=.010$, $r=-0.43$).

Em relação à percepção da realização de atividades sociais, esta foi maior nos indivíduos portadores de uma lesão incompleta ($Mdn=9.00$, $DP=3.02$) do que nos indivíduos portadores de uma lesão completa ($Mdn=7.50$, $DP=2.23$). Um teste de *Mann-Whitney* para amostras independentes mostrou que a diferença entre condições era estatisticamente significativa ($U=56.00$, $Z=-2.65$, $p=.008$, $r=-0.44$).

A percepção da realização de atividades sociais foi também maior nos indivíduos diagnosticados com paraplegia ($Mdn=9.00$, $DP=3.28$) do que nos indivíduos diagnosticados com tetraplegia ($Mdn=8.00$, $DP=2.02$). Um teste de *Mann-Whitney* para amostras independentes mostrou que a diferença entre condições era estatisticamente significativa ($U=80.50$, $Z=-2.16$, $p=.032$, $r=-0.36$).

Coping

De acordo com a análise descritiva efetuada, as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos indivíduos são a aceitação ($M=5.31$, $DP=1.12$), o planeamento ($M=4.92$, $DP=0.77$) e o *coping* ativo ($M=4.83$, $DP=.88$). No que concerne às estratégias menos utilizadas, estas são o uso de substâncias ($M=.00$, $DP=.00$), o desinvestimento comportamental ($M=.67$, $DP=.93$) e a autculpabilização ($M=2.08$, $DP=1.76$).

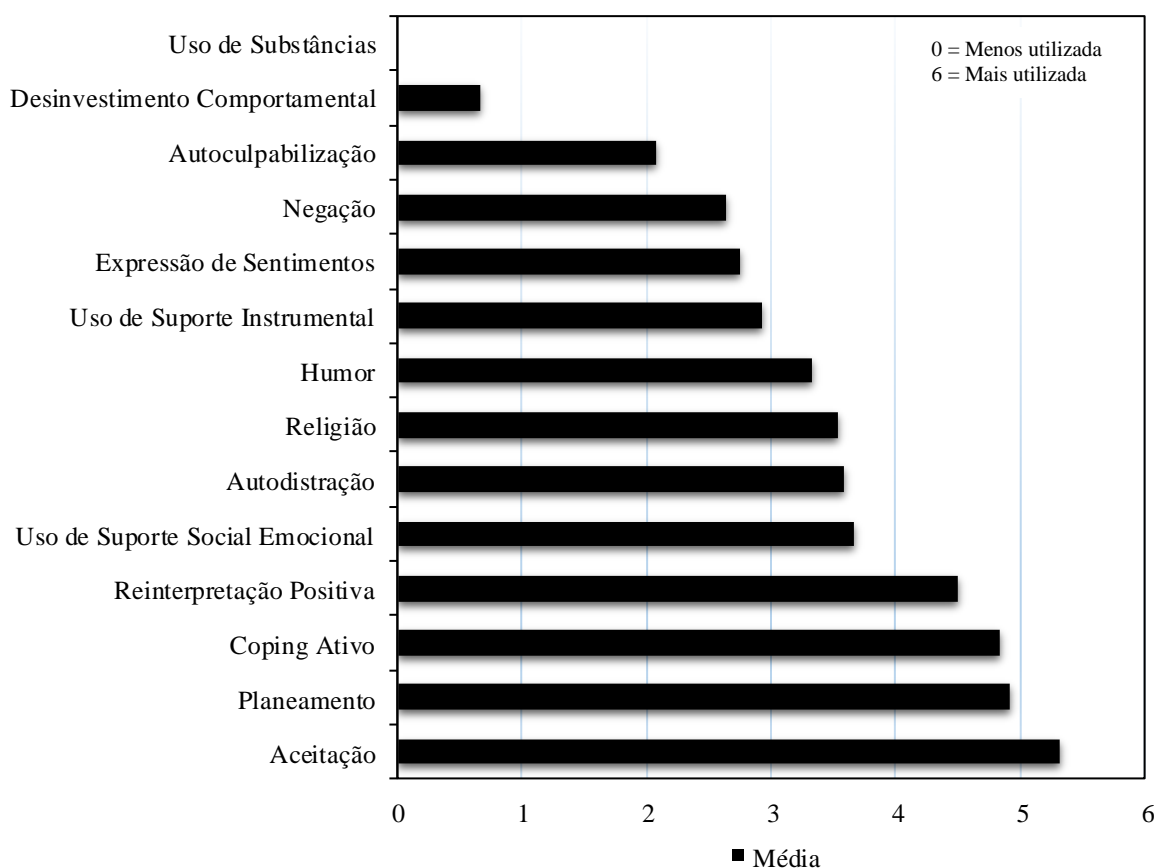


Figura 1. Média das estratégias de coping utilizadas pela amostra do presente estudo.

A estratégia de *coping* de planeamento foi mais utilizada pelos indivíduos que possuem um alto nível de independência ($Mdn=5.00$, $DP=.78$) do que pelos indivíduos que possuem um baixo nível de independência ($Mdn=5.00$, $DP=.67$). Um teste de *Mann-Whitney* para amostras independentes mostrou que a diferença entre condições era estatisticamente significativa ($U=93.50$, $Z=-2.30$, $p=.033$, $r=-0.38$). [Na variável acima descrita e na presença de medianas com valores iguais ($Mdn=5.00$), para um maior poder

discriminativo, foram verificados os valores do desvio padrão e da média dos respectivos níveis da variável ($M_{\text{alto nível de independência}}=5.25$; $M_{\text{baixo nível de independência}}=4.65$)].

Qualidade de Vida

No que se refere à qualidade de vida, os resultados revelaram uma pontuação média mais elevada para o domínio ambiente ($M=66.72$, $DP=9.44$), seguido do domínio psicológico ($M=66.64$, $DP=14.97$) e do domínio de relações sociais ($M=62.47$, $DP=13.44$), tendo o domínio físico ($M=60.94$, $DP=15.05$) e a faceta geral ($M=60.36$, $DP=20.52$) evidenciado pontuações médias mais baixas.

Relativamente à percepção da qualidade do ambiente, esta foi maior nos indivíduos portadores de uma lesão não traumática ($Mdn=72.00$, $DP=9.69$) do que nos indivíduos portadores de uma lesão traumática ($Mdn=63.00$, $DP=7.95$). Um teste de *Mann-Whitney* para amostras independentes mostrou que a diferença entre condições era estatisticamente significativa ($U=96.50$, $Z=-2.07$, $p=.038$, $r=-0.35$).

No que concerne às relações sociais, estas foram percecionadas como melhores pelos indivíduos diagnosticados com tetraplegia ($Mdn=67.00$, $DP=8.77$) do que pelos indivíduos diagnosticados com paraplegia ($Mdn=58.00$, $DP=14.40$). Um teste de *Mann-Whitney* para amostras independentes mostrou que a diferença entre condições era estatisticamente significativa ($U=83.50$, $Z=-2.09$, $p=.041$, $r=-0.35$).

As relações sociais foram também percecionadas como melhores pelos indivíduos que sofreram a lesão em idades mais jovens ($Mdn=67.00$, $DP=14.40$) do que pelos indivíduos que sofreram a lesão em idades mais avançadas ($Mdn=58.00$, $DP=12.19$). Um teste de *Mann-Whitney* para amostras independentes mostrou que a diferença entre condições era estatisticamente significativa ($U=93.50$, $Z=-2.11$, $p=.039$, $r=-0.35$).

Discussão

A LVM apresenta um acontecimento disruptivo na vida do indivíduo e acarreta mudanças significativas e uma adaptação biopsicossocial (Geyh et al., 2016; Ruiz & Díaz, 2003). Assim sendo, a Psicologia tem procurado encontrar formas de auxiliar e dotar de recursos estes indivíduos, investigando variáveis que permitam facilitar a adaptação psicossocial e a reabilitação física durante e após o processo de internamento.

Como anteriormente foi referido, a literatura tem demonstrado que variáveis como o suporte social, o *coping* e a qualidade de vida podem influenciar positivamente a adaptação psicológica, tornando-a mais eficaz (Livneh & Martz, 2014; Martins, 2008; Moos & Schaefer, 1986; Murta & Guimarães, 2007; Ruiz & Díaz, 2003; Song & Nam, 2010; Thompson et al., 2003; Tramonti et al., 2015). Especificamente, o presente estudo investigou as variáveis psicológicas anteriormente mencionadas numa amostra de indivíduos portadores de uma LVM.

Suporte Social

Estudos realizados a populações de indivíduos diagnosticados com LVM confirmam que a qualidade do suporte social é muito mais importante do que a quantidade (Tramonti et al., 2015). A literatura evidencia também, que no momento em que os indivíduos chegam a uma idade mais avançada, a família e pequenos grupos de amigos próximos podem voltar a representar a principal fonte de suporte social (Barnes, Mendes de Leon, Bienias, & Evans, 2004; Bondevik & Skogstad, 1998, citado por Jensen et al., 2014; Oliveira, 2001; Olsen, Iversen, & Sabroe, 1991; Shaw, Krause, Liang, & Bennett, 2007). Os resultados da presente investigação, em que a perceção da satisfação com a família foi mais elevada nos indivíduos com mais idade e nos que sofreram a lesão em idades mais avançadas, vêm corroborar os estudos acima referenciados.

Uma LVM com todo o impacto físico e psicológico acaba, inevitavelmente, por afetar as relações sociais que o indivíduo estabelece. As circunstâncias que a lesão provoca no indivíduo, designadamente a dependência face a terceiros, o isolamento social após a lesão e a irreversibilidade da perda, conduzem-no a um estado de elevada insatisfação, aspeto que pode levar à ausência de motivação para a vida social (Fechio et al., 2009). No presente estudo, a perceção do suporte social, da satisfação com amigos/amizades e da realização de atividades sociais foi menor nos indivíduos portadores de uma lesão completa, tendo também, os indivíduos diagnosticados com tetraplegia uma menor perceção da realização de atividades sociais, o que vai de encontro à literatura mencionada anteriormente.

Coping

As estratégias de *coping* frequentemente utilizadas pelos indivíduos no presente estudo são a aceitação, o planejamento, o *coping* ativo, a reinterpretação positiva e o uso de suporte social emocional, o que corrobora com diversos estudos anteriores (Babamohamadi et al., 2011; Geyh et al., 2016; Kennedy et al., 2000; Kennedy et al., 2006; Pollard & Kennedy, 2007; Song & Nam, 2010).

No que concerne às estratégias menos utilizadas pelos indivíduos na presente investigação (uso de substâncias, desinvestimento comportamental e negação), verifica-se que estas vão de encontro às conclusões de alguns autores (Geyh et al., 2016; Kennedy et al., 2000; Pollard & Kennedy, 2007). É de salientar também que embora não tenha havido relatos da utilização da estratégia de *coping* de uso de substâncias, alguns peritos evidenciam um uso significativo de álcool e drogas após uma LVM (Geyh et al., 2016; Murta & Guimarães, 2007; North, 1999).

Apesar de não terem sido encontrados estudos recentes que possam explicar os resultados apresentados relativamente à estratégia de autoculpabilização ser uma das estratégias de *coping* menos utilizadas por indivíduos diagnosticados com uma LVM, este dado merece um peculiar destaque, atendendo a que poderá ser influenciado pela etiologia da lesão.

As estratégias de *coping* mais utilizadas pela amostra do presente estudo são mais adaptativas do que não adaptativas, o que vai de encontro ao que diversos autores concluíram (Kennedy et al., 2000; Livneh & Martz, 2014).

Segundo Babamohamadi e colaboradores (2011), um indivíduo após sofrer uma LVM, tenta readquirir o seu estado de independência devido à dependência de terceiros ser incómodo e insatisfatório. No presente estudo, a estratégia de *coping* de planejamento foi mais utilizada pelos indivíduos que possuem um alto nível de independência. O que pode indicar que, num nível de independência mais elevado sejam adotadas estratégias de *coping* mais adaptativas. Este dado também é pertinente, podendo ser um indicador que permite incentivar os profissionais de saúde a promoverem estratégias de *coping* adaptativas, pois estas são facilitadoras de uma adaptação psicológica eficaz em indivíduos diagnosticados com uma LVM (Livneh & Martz, 2014).

Qualidade de Vida

Como a qualidade de vida tem sido estudada em diferentes populações e diferentes contextos, quer ao nível de idade, quer ao nível de diversas situações clínicas, pareceu-nos pertinente fazer uma comparação atendendo à variabilidade da nossa amostra (idade e situação clínica).

Tabela 2

Comparação dos Valores Obtidos no WHOQOL-BREF, entre a Amostra de Utentes Portadores de uma LVM, em Regime de Internamento, no Presente Estudo e a Amostra Portuguesa do Estudo de Validação

	Amostra do presente estudo	Amostra do estudo de validação
WHOQOL-BREF	Média (DP)	Média (DP)
Geral	60.36 (20.52)	71.51 (13.30)
Físico	60.94 (15.05)	77.49 (12.27)
Psicológico	66.64 (16.97)	72.38 (13.50)
Relações Sociais	62.47 (13.44)	70.42 (14.54)
Ambiente	66.72 (9.44)	64.89 (12.24)

A presente amostra obteve resultados inferiores na faceta geral e em três dos domínios da qualidade de vida, comparativamente à amostra do estudo de validação. Sendo o domínio físico um dos domínios com pontuações mais baixas, o que corrobora com investigações anteriores (Bampi et al., 2008; Boakye, Leigh, & Skelly, 2012; Celik, Gultekin, Beydogan, & Caglar, 2007, citado por Brunozi, Silva, Gonçalves, & Veronezi, 2011; Dijkers, 1997; Ferreira & Guerra, 2014; Hammell, 2004; Munce et al., 2013; Post & Noreau, 2005; Stevens, Caputo, Fuller, & Morgan, 2008; Unalan et al., 2001).

Os valores da amostra da presente investigação foram superiores aos da amostra do estudo de validação no domínio ambiente, podendo tal facto ser explicado pelas instalações do CMRRC-RP estarem adaptadas às necessidades dos indivíduos portadores de uma LVM. Foi também evidenciado no estudo de Lude e colaboradores (2014), uma grande satisfação em relação ao ambiente, por parte de indivíduos que sofreram uma LVM.

Possivelmente, a pontuação do domínio ambiente poderá vir a sofrer uma diminuição quando os indivíduos diagnosticados com LVM receberem alta hospitalar e regressarem aos seus contextos ambientais. É assim necessário dar ênfase ao processo de mudança, experienciado por estes indivíduos, de forma a minimizar o impacto negativo nesta população, assim como, proporcionar uma continuidade da adaptação à situação clínica em meio não hospitalar (Murta & Guimarães, 2007; Trieschmann, 1988).

Como já referido anteriormente, a literatura existente demonstra uma melhor qualidade de vida em indivíduos saudáveis do que em indivíduos portadores de uma LVM. No entanto, alguns estudos evidenciam que indivíduos diagnosticados com LVM podem percecionar uma boa qualidade de vida (Albrecht & Devlieger, 1999; Kennedy, 1998; Kirschblum et al., 2002, citado por Pollard & Kennedy, 2007; Martins & Pais-Ribeiro, 2010; Post & Noreau, 2005; Whiteneck et al., 1992), o que poderá ser uma possível justificação relativamente aos resultados, alusivos à qualidade de vida, encontrados no nosso estudo.

Segundo Martins (2008), os indivíduos mais jovens apresentam níveis de qualidade de vida superiores. Também diversos autores (Martinez, Aricak, Graves, Peters-Myszak, & Nellis, 2011) relatam que os adultos mais jovens apresentam redes sociais mais amplas, o que maximiza novas experiências sociais e está associada a resultados positivos. Os resultados do presente estudo vão de encontro aos estudos já realizados, visto que os indivíduos que sofreram a lesão em idades mais jovens percecionaram melhores relações sociais.

No entanto, os esforços dos programas de reabilitação em promoverem a recuperação da função perdida através da implementação de equipamentos e técnicas compensatórias que aumentam de forma significativa a qualidade de vida, não parecem ser suficientes para os indivíduos portadores de uma LVM usufruírem de uma qualidade de vida semelhante à da população saudável (Kannisto, Merikanto, Alaranta, Hokkanen, & Sintonen, 1998).

Na presente investigação, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto à etiologia da lesão, contudo, apesar de ser uma temática pertinente e relevante não é objetivo desta investigação e não é do foro da área da Psicologia encontrar explicações para causas de natureza não psicológica.

Podemos mencionar que os indivíduos do presente estudo aparentam uma adaptação psicológica eficaz à sua condição clínica, tal como é defendido por alguns autores

(Kirschblum et al., 2002, citado por Pollard & Kennedy, 2007). No entanto, importa aqui frisar que, o adequado acompanhamento psicológico que é realizado no CMRRC-RP poderá ter contribuído para alguns dos resultados positivos aqui apresentados.

Não menosprezando as conclusões encontradas no nosso estudo, é necessário ter em consideração alguns aspetos relevantes bem como, algumas limitações inerentes. Os dados apresentados deverão ser interpretados com alguma ponderação, atendendo à possível desejabilidade social aquando do preenchimento dos instrumentos de avaliação psicológica utilizados nesta investigação. Considera-se uma limitação o tamanho da amostra e a respetiva representatividade da mesma, que poderá dificultar a generalização dos resultados. Outra limitação tem que ver com a escassez de literatura recente e de dados nacionais relativamente a amostras de LVM. Também é importante enfatizar a dificuldade de comparação dos resultados obtidos, devido à falta de uniformização dos instrumentos utilizados nos diversos estudos. Sendo igualmente necessário referir que não existem instrumentos validados para a população de indivíduos portadores de LVM, ao contrário do que acontece com outras populações clínicas, como o cancro, obesidade e esclerose múltipla.

Face ao mencionado, sugerem-se algumas recomendações para futuros estudos. Assim, seria fundamental a inclusão de amostras maiores, por forma a se poder eduzir conclusões mais fidedignas acerca das variáveis estudadas. Investigar diferentes variáveis, pois numa problemática tão pouco versada pela literatura portuguesa, existe um vasto leque de aspetos a investigar. Acresce ainda sugerir a validação de instrumentos de avaliação psicológica para a população de indivíduos portadores de LVM, para uma generalização dos resultados mais fidedigna. Para além da necessidade de replicar o presente estudo, importa ainda que possam ser realizados estudos de natureza longitudinal com o intuito de investigar as variáveis psicológicas (suporte social, *coping* e qualidade de vida) ao longo das diversas etapas de vida destes indivíduos.

Tendo este trabalho implicações práticas para a intervenção clínica e psicológica em contexto hospitalar, nomeadamente o avaliar para mudar, é de salientar que os resultados do presente estudo foram também colocados à disposição dos profissionais de saúde do CMRRC-RP, principalmente à Psicologia Clínica, com o intuito de melhorar e adequar a intervenção psicológica junto dos utentes do referido centro de reabilitação.

Em conclusão, a presente investigação é inovadora em Portugal e permite aos profissionais de saúde, familiares e sociedade em geral, adquirir preciosos conhecimentos relativos à melhor forma de apoiar, minimizar as necessidades, facilitar o processo de adaptação à condição clínica, contribuindo assim para a melhor qualidade de vida da população de indivíduos portadores de LVM.

Como reflexão final, importa salientar que a avaliação e intervenção psicológica com indivíduos diagnosticados com uma LVM e de elevada vulnerabilidade psicológica foi uma tarefa árdua, complexa e desafiadora. No entanto, esta experiência foi para nós imensamente gratificante, sendo uma mais-valia quer em termos pessoais, quer em termos profissionais.

Referências

- Albrecht, G., & Devlieger, P. (1999). The disability paradox: High quality of life against all odds. *Social Science & Medicine*, 48(8), 977-988. doi: 10.1016/S0277-9536(98)00411-0
- Babamohamadi, H., Negarandeh, R., & Dehghan-Nayeri, N. (2011). Coping strategies used by people with spinal cord injury: A qualitative study. *Spinal Cord*, 49(7), 832-837. doi:10.1038/sc.2011.10
- Bampi, L., Guilhem, D., & Lima, D. (2008). Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-BREF. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 11(1), 67-77. doi: 10.1590/S1415-790X2008000100006
- Barnes, L., Mendes de Leon, C., Bienias, J., & Evans, D. (2004). A longitudinal study of black-white differences in social resources. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59(3), S146-S153. doi: 10.1093/geronb/59.3.S146
- Boakye, M., Leigh, B., & Skelly, A. (2012). Quality of life in persons with spinal cord injury: Comparisons with other populations. *Journal of Neurosurgery: Spine*, 17, 29-37. doi: 10.3171/2012.6.AOSpine1252
- Brunozi, A., Silva, A., Gonçalves, L., & Veronezi, R. (2011). Qualidade de vida na lesão medular traumática. *Revista Neurociências*, 19(1), 139-144. Retirado de <http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2011/RN1901/revisao/444%20revisao.pdf>
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. doi:10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Chen, H. Y., & Boore, J. R. P. (2007). Establishing a super-link system: Spinal cord injury rehabilitation nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 57(6), 639-648. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04160.x
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314. doi: 10.1097/00006842-197609000-00003
- Crewe, N. (1980). Quality of life: The ultimate goal in rehabilitation. *Minnesota Medicine*, 63(8), 586-589. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7442629>

- Defino, H. (1999). Trauma raquimedular. *Medicina, Ribeirão Preto*, 32(4), 388-400.
Retirado de <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/7741/9279>
- Dijkers, M. (1997). Quality of life after spinal cord injury: A meta analysis of the effects of disablement components. *Spinal Cord*, 35(12), 829-840. doi: 10.1038/sj.sc.3100571
- Faria, F. (2006). Lesões vértebro-medulares: A perspectiva da reabilitação. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 12(1), 45-53. doi:10.1016/S0873-2159(15)30467-0
- Fechio, M., Pacheco, K., Kaihami, H., & Alves, V. (2009). A repercussão da lesão medular na identidade do sujeito. *Acta Fisiátrica*, 16(1), 38-42. doi: 10.5935/0104-7795.20090005
- Ferreira, M., & Guerra, M. P. (2014). Adaptação à lesão vertebro-medular. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 380-395. doi: 10.15309/14psd150205
- Geyh, S., Kunz, S., Müller, R., & Peter, C. (2016). Describing functioning and health after spinal cord injury in the light of psychological–personal factors. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 48(2), 219-234. doi: 10.2340/16501977-2027
- Gill, M. (1999). Psychosocial implications of spinal cord injury. *Critical Care Nursing Quarterly*, 22(2), 1-7. doi: 10.1097/00002727-199908000-00002
- Hammell, K. (2004). Exploring quality of life following high spinal cord injury: A review and critique. *Spinal Cord*, 42(9), 491-502. doi:10.1038/sj.sc.3101636
- Hampton, N. (2000). Self-efficacy and quality of life in people with spinal cord injuries in China. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 43(2), 66-74. doi: 10.1177/003435520004300202
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões*. Retirado de <http://azores.gov.pt/NR/rdonlyres/2750F07D-9748-438F-BA47-7AA1F8C3D794/0/CP2010.pdf>
- Jensen, M., Smith, A., Bombardier, C., Yorkston, K., Miró, J., & Molton, I. (2014). Social support, depression, and physical disability: Age and diagnostic group effects. *Disability and Health Journal*, 7(2), 164-172. doi: 10.1016/j.dhjo.2013.11.001
- Kannisto, M., Merikanto, J., Alaranta, H., Hokkanen, H., & Sintonen, H. (1998). Comparison of health-related quality of life in three subgroups of spinal cord injury patients. *Spinal Cord*, 36(3), 193-199. doi: 10.1038/sj.sc.3100543

- Keith, R., Granger, C., Hamilton, B., & Sherwin, F. (1987). The functional independence measure – FIM. *Advances in Clinical Rehabilitation*, 1, 6-18. Retirado de <http://www.incamresearch.ca/content/functional-independence-measure>
- Kennedy, P. (1998). Spinal cord injuries. In A. S. Bellack, & M. Hersen (Eds.). *Comprehensive clinical psychology: Health psychology* (Vol. 8). (pp. 445-462). New York: Elsevier Science. doi: 10.1016/B0080-4270(73)00095-X
- Kennedy, P., Marsh, N., Lowe, R., Grey, N., Short, E., & Rogers, B. (2000). A longitudinal analysis of psychological impact and coping strategies following spinal cord injury. *British Journal of Health Psychology*, 5(2), 157-172. doi: 10.1348/135910700168838
- Kennedy, P., Lude, P., & Taylor, N. (2006). Quality of life, social participation, appraisals and coping post spinal cord injury: A review of four community samples. *Spinal Cord*, 44(2), 95-105. doi:10.1038/sj.sc.3101787
- Krause, J., & Dawis, R. (1992). Prediction of life satisfaction after spinal cord injury: A four-year longitudinal approach. *Rehabilitation Psychology*, 37(1), 49-60. doi: 10.1037/h0079093
- Laíns, J. (1991). *Guia para o uso do sistema uniformizado de dados para reabilitação médica (SUDRM)*. Tradução autorizada pelo Uniform Data System for Medical Rehabilitation and The Center for Functional Assessment Research, State University of New York: Buffalo.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Retirado de https://books.google.pt/books?id=i-ySQQuUpr8C&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Livneh, H., & Martz, E. (2014). Coping strategies and resources as predictors of psychosocial adaptation among people with spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 59(3), 329-339. doi: 10.1037/a0036733
- Lude, P., Kennedy, P., Elfström, M., & Ballert, C. (2014). Quality of life in and after spinal cord injury rehabilitation: A longitudinal multicenter study. *Topic in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 20(3), 197–207. doi: 10.1310/sci2003-197

- Martinez, R., Aricak, O., Graves, M., Peters-Myszak, J., & Nellis, L. (2011). Changes in perceived social support and socioemotional adjustment across the elementary to junior high school transition. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(5), 519-530. doi: 10.1007/s10964-010-9572-z
- Martins, A. (2008). *Indicadores da qualidade de vida nas pessoas utilizadoras de cadeira de rodas: Uma análise exploratória dos hábitos de vida, características psicológicas, clínicas, sociodemográficas e relacionadas com tecnologias de apoio*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal. Retirado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22946/2/89281.pdf>
- Martins, A. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2010). Hábitos de vida dos homens e mulheres com lesão vertebro-medular. In I. Leal, J. L. Pais-Ribeiro, M. Marques, & F. Pimenta (Eds.). *Actas do congresso nacional de psicologia da saúde: saúde, sexualidade e género* (pp. 108-116). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Retirado de <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/52411>
- Maynard, F., Bracken, M., Creasey, G., Ditunno, J., Donovan, W., Ducker, T., ... Young, W. (1997). International standards for neurological and functional classification of spinal cord injury. *Spinal Cord*, 35(5), 266-274. doi: 10.1038/sj.sc.3100432
- Middleton, J., & Craig, A. (2008). Psychological challenges in treating persons with spinal cord injury. In A. Craig, & Y. Tran (Eds.). *Psychological aspects associated with spinal cord injury rehabilitation: New directions and best evidence* (pp. 3-53). New York: Nova Science Publishers. Retirado de <https://opus.lib.uts.edu.au/handle/10453/12110>
- Migliorini, C., & Tongue, B. (2009). Reflecting on subjective well-being and spinal cord injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(6), 445-450. doi: 10.2340/16501977-0358
- Moos, R., & Schaefer, J. (1986). Life transitions and crises: A conceptual overview. In R. Moos (Ed.). *Coping with life crises: An integrated approach* (pp. 3-28). New York: Plenum Press. doi: 10.1007/978-1-4684-7021-5_1
- Morgan, M., Patrick, D. L., & Charlton, J. R. (1984). Social network and psychosocial support among disable people. *Social Science & Medicine*, 19(5), 489-497. doi:10.1016/0277-9536(84)90044-3

- Müller, R., Peter, C., Cieza, A., & Geyh, S. (2012). The role of social support and social skills in people with spinal cord injury—a systematic review of the literature. *Spinal Cord*, 50(2), 94-106. doi:10.1038/sc.2011.116
- Munce, S., Perrier, L., Tricco, A., Straus, S., Fehlings, M., Kastner, M., ... Jaglal, S. (2013). Impact of quality improvement strategies on the quality of life and well-being of individuals with spinal cord injury: A systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 2(14), 1-5. doi: 10.1186/2046-4053-2-14
- Murta, S., & Guimarães, S. (2007). Enfrentamento à lesão medular traumática. *Estudos de Psicologia*, 12(1), 57-63. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n1/a07v12n1>
- North, N. (1999). The psychological effects of spinal cord injury: A review. *Spinal Cord*, 37(10), 671-679. doi: 10.1038/sj.sc.3100913
- O'Hare, M., Wallis, L., & Murphy, G. (2011). Social support pairs predict daily functioning following traumatic spinal cord injury: An exploratory study. *The Open Rehabilitation Journal*, 4(1), 51-58. Retirado de <http://www.bentham-open.com/contents/pdf/TOREHJ/TOREHJ-4-51.pdf>
- Oliveira, R. A. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicológica*, 18(4), 437-453. doi: 10.14417/ap.391
- Oliveira, R. A. (2001). *Psicologia clínica e reabilitação física: Uma abordagem psicoterapêutica da incapacidade física adquirida*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Oliveira, R. A. (2010). *Corpus alienum, psicologia e trabalho psicoterapêutico na reabilitação física*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Olsen, O., Iversen, L., & Sabroe, S. (1991). Age and the operationalization of social support. *Social Science and Medicine*, 32(7), 767-771. doi:10.1016/0277-9536(91)90302-S
- Pais-Ribeiro, J. (1999). Escala de satisfação com o suporte social. *Análise Psicológica*, 3(XVII), 547-558. Retirado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/5544/2/80971.pdf>
- Pais-Ribeiro, J. (2011). *Escala de satisfação com o suporte social*. Lisboa: Placebo.

- Pais-Ribeiro, J., & Guterres, C. (2001). Social support and quality of life in chronic mental disease patients submitted to different housing treatment programs. *Quality of Life Research*, 10(2), 275. Retirado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/13901/2/83637.pdf>
- Pais-Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do brief cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15. Retirado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v5n1/v5n1a01.pdf>
- Pollard, C., & Kennedy, P. (2007). A longitudinal analysis of emotional impact, coping strategies and post-traumatic psychological growth following spinal cord injury: A 10-year review. *British Journal of Health Psychology*, 12(3), 347-362. doi: 10.1348/135910707X197046
- Post, M., & Noreau, L. (2005). Quality of life after spinal cord injury. *Journal of Neurological Physical Therapy*, 29(3), 139-146. doi: 10.1097/01.NPT.0000282246.08288.67
- Rees, T., Smith, B., & Sparkes, A. (2003). The influence of social support on the lived experiences of spinal cord injured sportsmen. *The Sport Psychologist*, 17(2), 135-156. Retirado de <https://ore.exeter.ac.uk/repository/handle/10871/16349>
- Ruiz, M., & Díaz, A. (2003). *Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular*. Retirado de <http://sid.usal.es/docs/F8/FDO6696/lesionmedular.pdf>
- Schulz, R., & Rau, M. T. (1985). Social support through the life course. In S. Cohen, & L. Syme (Eds.). *Social support and health* (pp. 129-149). New York: Academic Press. Retirado de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1985-97489-007>
- Shaw, B., Krause, N., Liang, J., & Bennett, J. (2007). Tracking changes in social relations throughout late life. *The Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(2B), S90-S99. doi: 10.1093/geronb/62.2.S90
- Song, H. Y., & Nam, K. A. (2010). Coping strategies, physical function, and social adjustment in people with spinal cord injury. *Rehabilitation Nursing*, 35(1), 8-15. doi: 10.1002/j.2048-7940.2010.tb00025.x
- Stevens, S., Caputo J., Fuller, D., & Morgan, D. (2008). Physical activity and quality of life in adults with spinal cord injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 31(4), 373-378. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2582427/>

- Thompson, N., Coker, J., Krause, J., & Henry, E. (2003). Purpose in life as a mediator of adjustment after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 48(2), 100-108. doi: 10.1037/0090-5550.48.2.100.
- Tramonti, F., Gerini, A., & Stampacchia, G. (2015). Relationship quality and perceived social support in persons with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 53(2), 120-124. doi:10.1038/sc.2014.229
- Trieschmann, R. B. (1988). *Spinal cord injuries: Psychological, social and vocational rehabilitation* (2^a ed.). Retirado de <https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=bIWcEXA0uB8C&oi=fnd&pg=PA1&dq=Spinal+cord+injuries>
- Tulsky, D., Kisala, P., Victorson, D., Tate, D., Heinemann, A., Charlifue, S., ... Cella, D. (2015). Overview of the spinal cord injury – quality of life (SCI-QOL) measurement system. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 38(3), 257-269. doi: 10.1179/2045772315Y.0000000023
- Unalan, H., Gencosmanoglu, B., Akgun, K., Karamehmetoglu, S., Tuna, H., Ones, K., ... Tuzun, F. (2001). Quality of life of primary caregivers of spinal cord injury survivors living in the community: Controlled study with short form-36 questionnaire. *Spinal Cord*, 39(6), 318-322. doi: 10.1038/sj.sc.3101163
- Union Européenne des Médecins Spécialistes, & Académie Européenne de Médecine de Réadaptation (2009). *Livro branco de medicina física e de reabilitação na Europa (LBMFR)*. Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação.
- Valente, M. A. F. (2011). *Coping, depression, anxiety, self-efficacy, satisfaction with social support: Relation with chronic pain experience and with quality of life, in people with chronic musculoskeletal pain*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., ... Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49. Retirado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/21539>

Whiteneck, G., Charlifue, S., Frankel, H., Fraser, M., Gardner, B., Gerhart, K., ... Silver, J. (1992). Mortality, morbidity, and psychosocial outcomes of persons with spinal cord injured more than 20 years ago. *Spinal Cord*, 30(9), 617-630.

doi:10.1038/sc.1992.124

World Health Organization (1997). *WHOQOL: Measuring quality of life*. Retirado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63482/1/WHO_MSA_MNH_PSF_97.4.pdf

World Health Organization (2006). *Neurological disorders: public health challenges*.

Retirado de

http://www.who.int/mental_health/neurology/neurological_disorders_report_web.pdf

ANEXOS

Anexo A: Autorização do Conselho de Administração do CMRRC-RP

Paula Amorim
Cláudia
Paula
 2016/3/17

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração do
 Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro
 Róvisco Pais
 Doutor Victor Manuel Romão Lourenço

CMRRC-ROVISCO PAIS
 CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

O Presidente: *(Dr. Victor Lourenço)*
 O Vogal Executivo: *(Graça Têa Gonçalves)*
 Diretora Clínica: *(Paula Amorim)*
 O Enf.º Diretor: *(Abel Cavaco)*
 Em: 20.12.4.2015

Deliberação Autoriza
Com a presente
apreciação e autorização
do estudo de qual
idade da planta
1 exemplar ao CMRRC-RP

Ana Jéssica Lopes Simão, portadora do Cartão do Cidadão n.º 14361085, filha de João António Martins Simão e de Isabel Augusta Henriques Lopes Simão, natural de Malhada Sorda, psicóloga estagiária no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Róvisco Pais. No âmbito da realização da dissertação de mestrado, vem por este meio requerer a vossa excelência a apreciação e autorização do estudo designado «Indivíduos com Lesão Medular em Reabilitação: Estudo do Suporte Social, Coping e Qualidade de Vida».

Tocha, 14 de Dezembro de 2015

Ana Jéssica Lopes Simão

Ao C.A. para deliberação.
E' de autorizar

C.M.R.R.C.-Róvisco Pais	
DATA DE ENTRADA	15/3/16
N.º DE ENTRADA	846
PROCESSO N.º	CA
FUNCIÓNÁRIO	<i>[assinatura]</i>

CMRRC-ROVISCO PAIS
 DIRETORA CLÍNICA

[assinatura]
(Paula Amorim)

14/4/2016

Anexo B: Autorização da Comissão de Ética para a Saúde do CMRRC-RP

Ex.ma Senhora

Dra. Ana Jéssica Lopes Simão

Sua referência

Sua comunicação de

Data

Nossa referência

04.03.2016

Assunto: *"Indivíduos com Lesão Medular em Reabilitação: Estudo do Suporte Social, Coping e Qualidade de Vida"*

No exercício das suas competências, a CES do CMRRC-RP, vem por este meio dar-lhe conhecimento que, em acordo com os estabelecido na lei e nos códigos deontológicos, deliberou emitir parecer favorável à proposta de estudo sobre a investigação em causa, *"Indivíduos com Lesão Medular em Reabilitação: Estudo do Suporte Social, Coping e Qualidade de Vida"*, que a investigadora Ana Jéssica Lopes Simão, pretende efectuar no CMRRC-RP.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

(Dra. Maria Inês Simões Campos)

Anexo C: *Formulário de Consentimento Informado*

Este documento visa esclarecê-lo(a) acerca da investigação para a qual está a ser solicitada a sua colaboração. Por favor, leia com atenção assegurando-se que compreende detalhadamente todo o seu conteúdo. Se pretender obter mais alguma informação acerca do que aqui vem mencionado ou de outros detalhes omissos neste texto, por favor sinta-se à vontade para o fazer através do contacto fornecido abaixo.

Título da Investigação

“Indivíduos com Lesão Vertebro-Medular em Reabilitação: Estudo do Suporte Social, *Coping* e Qualidade de Vida”.

Objetivos da Investigação

A presente investigação tem como principal objetivo estudar as variáveis psicológicas (Suporte Social, *Coping* e Qualidade de Vida) em lesionados vertebro-medulares em reabilitação.

Procedimentos

A recolha dos dados será realizada através da aplicação de instrumentos de avaliação psicológica específicos, preenchidos de forma individual pelo participante e na presença da investigadora.

Condições de Participação

A participação nesta investigação é totalmente voluntária. Pode desistir desta investigação a qualquer momento, sem que tenha de se justificar, bem como, sem sofrer consequências dessa decisão.

Inicialmente será solicitada uma assinatura num formulário de consentimento informado, onde declara conhecer os objetivos e condições de realização desta investigação. Será entregue uma cópia assinada desse formulário. Posteriormente, será realizada uma avaliação psicológica através da resposta a alguns questionários.

A participação neste estudo não irá afetar as suas atividades de reabilitação e terá em consideração a sua disponibilidade.

Crítérios de participação

A investigação foca pessoas com idade superior a 18 anos e com lesão vertebro-medular em reabilitação no CMRRC-RP.

Confidencialidade

Toda a informação fornecida será tratada de forma rigorosamente sigilosa, sendo que apenas a investigadora e as supervisoras da mesma podem ter acesso a ela. Em caso algum a identificação será revelada, nem tão pouco qualquer característica que possa ser associada ao participante. Se for necessário fazer referência ao participante, será através da utilização de um código numérico.

Contacto

Para obter qualquer esclarecimento adicional poderá contactar a investigadora:

Ana Simão - Mestranda da Universidade de Aveiro

ajsimao@ua.pt

Formulário de Consentimento Informado

De acordo com os princípios orientadores da Declaração de Helsínquia (2000), serve o presente formulário para atestar que os participantes na investigação conducente à Dissertação de Mestrado de Ana Simão, com o título, “Indivíduos com Lesão Vertebro-Medular em Reabilitação: Estudo do Suporte Social, *Coping* e Qualidade de Vida” conhecem os objetivos e condições de realização da investigação para a qual está a ser solicitada a sua colaboração.

_____, declara que esta investigação lhe foi explicada, quer através de documento escrito, quer por esclarecimentos directos com a investigadora, mais afirma que tem conhecimento que a sua participação é estritamente voluntária e que pode desistir a qualquer momento sem que para tal necessite de justificar o que quer que seja.

Foi-lhe entregue uma cópia assinada deste formulário de consentimento informado.

Assinatura do Participante

Data

_____/_____/_____

Assinatura da Investigadora

Data

_____/_____/_____

Anexo D: Questionário Sociodemográfico e Clínico

Questionário Sociodemográfico e Clínico

Este questionário destina-se a uma investigação intitulada "Indivíduos com Lesão Vertebro-Medular em Reabilitação: Estudo do Suporte Social, *Coping* e Qualidade de Vida". Por favor, responda às seguintes questões, assinalando com uma cruz (X) ou completando a resposta adequada ao seu caso. Serão totalmente garantidos o anonimato, a confidencialidade e a privacidade dos seus dados.

- | | |
|---|--|
| 1. Género
<input type="checkbox"/> Masculino
<input type="checkbox"/> Feminino | 2. Idade _____
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Casado (a) /União de facto
<input type="checkbox"/> Viúvo(a)
<input type="checkbox"/> 9.º Ano
<input type="checkbox"/> 12.º Ano
<input type="checkbox"/> Ensino Superior |
|---|--|
-
- | | |
|--|--|
| 3. Estado Civil
<input type="checkbox"/> Solteiro(a)
<input type="checkbox"/> Divorciado(a)/Separado(a) | <input type="checkbox"/> Não sabe ler nem escrever
<input type="checkbox"/> 4.º Ano
<input type="checkbox"/> 6.º Ano |
|--|--|
-
- | | |
|---|---|
| 4. Habilitações Literárias
<input type="checkbox"/> Não sabe ler nem escrever
<input type="checkbox"/> 4.º Ano
<input type="checkbox"/> 6.º Ano | <input type="checkbox"/> 9.º Ano
<input type="checkbox"/> 12.º Ano
<input type="checkbox"/> Ensino Superior |
|---|---|
-
- 5. Profissão anterior à lesão** _____
-
- 6. Nível Funcional da Lesão** ☐ Paraplegia ☐ Tetraplegia
-
- 7. Etiologia da Lesão**
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Não Traumática (e.g., tumor, causa infecciosa, vascular,...)
Traumática (e.g., queda, acidente de viação ou de mergulho,...) |
|--|---|
-
- 8. Idade aquando da lesão** _____
-
- 9. Tempo de reabilitação até ao momento** _____
-
- 10. Tempo de reabilitação no CMRRC-RP** _____
-
- 11. Extensão da Lesão** ☐ Completa (A) ☐ Incompleta (B-D)
 (Classificação ASIA)
-
- 12. MIF** _____
-
- 13. Idas ao domicílio** ☐ Sim ☐ Não

Anexo E: Medida de Independência Funcional (MIF)

**MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL
MIF**

NIVEIS	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (ajuda técnica)	SEM AJUDA																																																																																																																																				
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo $\geq 75\%$) 3 Ajuda moderada (indivíduo $\geq 50\%$) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo $\geq 25\%$) 1 Ajuda total (indivíduo $\geq 0\%$)	AJUDA																																																																																																																																				
DATA																																																																																																																																						
<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>AUTO - CUIDADOS</th> <th>ADMIS.</th> <th>ALTA</th> <th>ACOMP.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. Alimentação</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B. Higiene Pessoal</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>C. Banho (Lavar Corpo)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D. Vestir metade superior</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>E. Vestir metade inferior</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>F. Utilização da sanita</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">CONTROLO DOS ESFINCTERES</td> </tr> <tr> <td>G. Bexiga</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>H. Intestino</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">MOBILIDADE</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Transferências:</td> </tr> <tr> <td>I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>J. Sanita</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>K. Banheira, Duche</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">LOCOMOÇÃO</td> </tr> <tr> <td>L. Marcha, Cadeira de Rodas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>M. Escadas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">COMUNICAÇÃO</td> </tr> <tr> <td>N. Compreensão</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>O. Expressão</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">COGNIÇÃO SOCIAL</td> </tr> <tr> <td>P. Interacção social</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Q. Resolução dos problemas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>R. Memória</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">TOTAL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						AUTO - CUIDADOS	ADMIS.	ALTA	ACOMP.	A. Alimentação					B. Higiene Pessoal					C. Banho (Lavar Corpo)					D. Vestir metade superior					E. Vestir metade inferior					F. Utilização da sanita					CONTROLO DOS ESFINCTERES					G. Bexiga					H. Intestino					MOBILIDADE					Transferências:					I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas					J. Sanita					K. Banheira, Duche					LOCOMOÇÃO					L. Marcha, Cadeira de Rodas					M. Escadas					COMUNICAÇÃO					N. Compreensão					O. Expressão					COGNIÇÃO SOCIAL					P. Interacção social					Q. Resolução dos problemas					R. Memória					TOTAL				
	AUTO - CUIDADOS	ADMIS.	ALTA	ACOMP.																																																																																																																																		
A. Alimentação																																																																																																																																						
B. Higiene Pessoal																																																																																																																																						
C. Banho (Lavar Corpo)																																																																																																																																						
D. Vestir metade superior																																																																																																																																						
E. Vestir metade inferior																																																																																																																																						
F. Utilização da sanita																																																																																																																																						
CONTROLO DOS ESFINCTERES																																																																																																																																						
G. Bexiga																																																																																																																																						
H. Intestino																																																																																																																																						
MOBILIDADE																																																																																																																																						
Transferências:																																																																																																																																						
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas																																																																																																																																						
J. Sanita																																																																																																																																						
K. Banheira, Duche																																																																																																																																						
LOCOMOÇÃO																																																																																																																																						
L. Marcha, Cadeira de Rodas																																																																																																																																						
M. Escadas																																																																																																																																						
COMUNICAÇÃO																																																																																																																																						
N. Compreensão																																																																																																																																						
O. Expressão																																																																																																																																						
COGNIÇÃO SOCIAL																																																																																																																																						
P. Interacção social																																																																																																																																						
Q. Resolução dos problemas																																																																																																																																						
R. Memória																																																																																																																																						
TOTAL																																																																																																																																						
<p>NOTA: Não deixe nenhum item em branco; se não testável marque 1</p>																																																																																																																																						

Anexo F: Escala de Satisfação com o Suporte Social

Escala de Satisfação com o Suporte Social

(Pais-Ribeiro, 2011)

A seguir vai encontrar várias afirmações. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se pensa muitas vezes que está só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra A, no entanto, se acha que nunca pensa isso deverá assinalar a letra E.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.	A	B	C	D	E
2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.	A	B	C	D	E
3. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.	A	B	C	D	E
4. Quando preciso de desabafar encontro facilmente amigos com quem o fazer.	A	B	C	D	E
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.	A	B	C	D	E
6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.	A	B	C	D	E
7. Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam.	A	B	C	D	E
8. Gostava de participar mais em atividades de organizações (e.g., clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.).	A	B	C	D	E
9. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família.	A	B	C	D	E
10. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família.	A	B	C	D	E
11. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família.	A	B	C	D	E
12. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.	A	B	C	D	E
13. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.	A	B	C	D	E
14. Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	A	B	C	D	E
15. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho.	A	B	C	D	E

Anexo G: Brief COPE**Brief COPE**

(Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004)

Para cada afirmação que se segue, marque um círculo à volta do número que acha que melhor qualifica a sua forma de agir quando se encontra perante uma situação de *stress* ou um problema da sua vida:

	Nunca faço isto	Poucas vezes faço isto	Algumas vezes faço isto	Faço sempre isto
1. Refugio-me noutras atividades para me abstrair da situação.	0	1	2	3
2. Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação.	0	1	2	3
3. Tenho dito para mim próprio(a): “isto não é verdade”.	0	1	2	3
4. Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor.	0	1	2	3
5. Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos).	0	1	2	3
6. Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objetivo.	0	1	2	3
7. Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação.	0	1	2	3
8. Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo.	0	1	2	3
9. Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos.	0	1	2	3
10. Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação.	0	1	2	3
11. Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas.	0	1	2	3
12. Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva.	0	1	2	3

	Nunca faço isto	Poucas vezes faço isto	Algumas vezes faço isto	Faço sempre isto
13. Faço críticas a mim próprio.	0	1	2	3
14. Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer.	0	1	2	3
15. Procuro o conforto e compreensão de alguém.	0	1	2	3
16. Desisto de me esforçar para obter o que quero.	0	1	2	3
17. Procuro algo positivo em tudo o que está a acontecer.	0	1	2	3
18. Enfrento a situação levando-a para a brincadeira.	0	1	2	3
19. Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver Tv, ler, sonhar, ou ir às compras.	0	1	2	3
20. Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer.	0	1	2	3
21. Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento.	0	1	2	3
22. Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual.	0	1	2	3
23. Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo.	0	1	2	3
24. Tento aprender a viver com a situação.	0	1	2	3
25. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com situação.	0	1	2	3
26. Culpo-me pelo que está a acontecer.	0	1	2	3
27. Rezo ou medito.	0	1	2	3
28. Enfrento a situação com sentido de humor.	0	1	2	3

Obrigada pela sua colaboração.

Anexo H: World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF)

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expetativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor, leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspetos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito/a com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Anexo I: *Autorizações para o uso dos instrumentos de avaliação psicológica utilizados na presente investigação*

RE: Pedido de Autorização da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

dom 13-12-2015 14:54

Para: Ana Simão <ajsimao@ua.pt>;

Cara colega

Autorizo o uso da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). Informo que na minha página, na secção books, encontra o manual da escala.

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

RE: Pedido de Autorização do Brief COPE

José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

dom 13-12-2015 15:00

Para: Ana Simão <ajsimao@ua.pt>;

Cara colega

Autorizo o uso da versão que estudei do Brief COPE.

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

Re: Instrumento de Avaliação WHOQOL-Bref

Cláudia Melo <claudiasmelosilva@gmail.com>

sex 11-12-2015 18:11

Para: Ana Simão <ajsimao@ua.pt>;

5 anexos (7 MB)

2007_WHOQOL_Bref_Instrumento_de_avaliacao_da_qualidade_de_vida_da_OMS.pdf; Estudos psicométricos - Versão portuguesa.pdf; Explicação_cotação.doc; Ref-values-final-document-040713.docx; WHOQOL-BREF.zip;

Cara Ana Simão,

Na sequência do pedido efectuado, em anexo, envio o material relativo ao WHOQOL-Bref, nomeadamente:

- a versão para português de Portugal do instrumento WHOQOL-Bref;
- manual de aplicação e cotação;
- sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS.

Informação adicional poderá ser encontrada em <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm> .

P'lo Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida

Atenciosamente,

Cláudia Melo.